

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 28

FACULTÉ DE MEDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de

l'Ulcère peptique post-opératoire

THÈSE

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Juillet 1934

PAR

M. Mejer GOLDBERG

Né le 22 juin 1911, à BRANSK (Pologne),

POUR OBTENIR le GRADE de DOCTEUR de l'UNIVERSITÉ (Mention Médecine)

Examineurs de la Thèse	{	MM. RICHE, professeur, président. ETIENNE, professeur. MOURGUE-MOLINES, agrégé. BAUMEL, agrégé.	}	assesseurs
---------------------------	---	--	---	------------

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, RUE DE SAUVAGES, 1

1934

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE L'ULCERE PEPTIQUE POST-OPERATOIRE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 28

FACULTÉ DE MEDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de

l'Ulcère peptique post-opératoire

THÈSE

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1934

PAR

M. Mejer GOLDBERG

Né le 22 juin 1911, à BRANSK (Pologne),

POUR OBTENIR le GRADE de DOCTEUR de l'UNIVERSITÉ (Mention Médecine)

Examineurs de la Thèse	{	MM. RICHE, professeur, président. ETIENNE, professeur. MOURGUE-MOLINES, agrégé. BAUMEL, agrégé.	{	assesseurs
---------------------------	---	--	---	------------

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, RUE DE SAUVAGES, 1

1934

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Histoire naturelle médicale et Parasitologie	GALAVIELLE
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE, asses.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	N...
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES
Clinique chirurgicale	RIMBAUD
Clinique obstétricale	MASSABUAU
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE
Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge	P. DELMAS
Clinique de dermatosyphiligraphie	EUZIERE, doyen
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEENHARDT
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT
Clinique gynécologique	ETIENNE
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LAPEYRE
Matière médicale (Ch. de c.)	VILLARD
Radiologie (Ch. de c.)	TERRACOL
	CABANNES
	LAMARQUE

Honorariat

Doyen honoraire : M. MAIRET

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, MAIRET, GRANEL, VALLOIS, FORGUE,
ESTOR et BERTIN-SANS

Chargés de Cours Complémentaires

Anatomie	MM. LAUX
Histologie	GRANEL
Pathologie expérimentale	PAGES
Pathologie médicale	PUECH
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. libre.
Accouchements	COLL DE CARRERA
Clinique phthisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BOULET
Clinique des maladies contagieuses	JANBON

Agrégés en exercice

Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Médecine	MM. BOULET
	PAGES
	PUECH
	JANBON
	VIDAL
	BAUMEL
Anatomie	LAUX
Chimie	N...
Obstétrique	COLL DE CARRERA
Histologie	GRANEL
Bactériologie	CARRERE

Examineurs de la Thèse

MM. RICHE, prof., président.
ETIENNE, professeur.

M. MOURGUE-MOULINES, agrégé.
M. BAUMEL, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MES PARENTS

*Pour la vivante et profonde affection dont
ils ont su m'entourer toujours et pour les
sacrifices qu'ils ont fait pour moi.*

A MONSIEUR ETIENNE DE ROUVILLE

Professeur à la Faculté des Sciences

*Témoignage de ma reconnaissance pour
son amitié dévouée.*

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR RICHE

Professeur de Clinique Chirurgicale

En témoignage de très respectueuse gratitude, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE

Pour l'honneur qu'il me fait en acceptant de faire partie de mon jury de thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE

MOURGUE-MOLINES

Inspirateur de ce travail

Qu'il me permette de lui exprimer toute ma gratitude pour l'intérêt qu'il a pris à ce travail et pour l'aide et les conseils qu'il a bien voulu me prodiguer.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE

BAUMEL

Hommage très respectueux.

AVANT-PROPOS

L'ulcère peptique post-opératoire, dont les premiers cas furent publiés par BERG, en 1897 et BRAUN, en 1899, c'est-à-dire 17 ans environ après la première gastro-entérostomie, est actuellement considéré comme une complication prévue et très grave de la chirurgie des ulcères gastro-duodénaux. Le nombre de publications qui en ont été faites croît de plus en plus et, dernièrement, il sut encore — par les problèmes étiologiques, pathogéniques et thérapeutiques qu'il soulève — passionner le VIII^e Congrès International de Chirurgie qui a eu lieu en 1929, à Varsovie, et, en 1931, le Congrès Français de Chirurgie.

Dans la région méridionale, l'ulcère peptique post-opératoire est très rare et même exceptionnel. C'est pourquoi je suis très heureux de pouvoir en entreprendre l'étude à propos d'une observation d'un cas typique récemment opéré dans le service de M. le Professeur RICHE.

En cette circonstance, je me fais un plaisir de remercier mes Maîtres, M. le Professeur RICHE et M. le Professeur Agrégé MOURGUE-MOLINES, de l'honneur qu'ils viennent de me faire, en me confiant ce sujet de thèse.

OBSERVATION

due à l'extrême obligeance de M. le Professeur RICHE

T... Baptiste, âgé de 50 ans. Cultivateur. Espagnol

Entre dans le service du Professeur RICHE, le 9 avril 1934, pour troubles gastriques et vomissements depuis quelques mois. Amaigrissement très marqué. Ce malade avait déjà fait, en 1933, un court séjour dans le service où il avait été opéré d'hémorroïdes. Il ne s'était plaint alors d'aucun trouble gastrique. Dans les antécédents de ce malade, on note que, jouissant d'une bonne santé habituelle, il a été opéré, en 1912, à Barcelone, d'une affection mal précisée qui, d'après les explications du malade, aurait été la cure radicale d'une petite hernie épigastrique. De fait, cet homme présente une incision médiane à l'épigastre, de 7 cms. de long à peine, dont l'extrémité inférieure se trouve immédiatement au-dessus de l'ombilic. A noter que, à la partie supérieure de cette incision, il existe encore, actuellement, une petite hernie épigastrique.

Examen. — Radiographie. — Estomac asystolique, contenant une quantité considérable de liquide résiduel. Il s'agit manifestement d'une sténose pylorique, dont il est impossible de préciser l'origine.

Chimisme gastrique

<i>A jeun</i>		<i>après histamine</i>	
HCl libre	0 gr. 35	HCl libre	3 gr. 06
HCl combiné	0 gr. 52	HCl combiné	0 gr. 41
HCl total	0 gr. 87	HCl total	3 gr. 47
Acidité totale	1 gr. 02	Acidité totale	3 gr. 62
Acide lactique	excès	Ac. lactique	léger excès
Présence légère de bile		Présence légère de bile	

Azotémie : 0 gr. 53 par litre.

Opération le 14 avril 1934.

Opérateur : Professeur RICHE.

Aide : Docteur MOURGUE-MOLINES.

Rachi-anesthésie à la percaïne à 1 p. 1500 - 18 cc. :
Parfaite.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. On tombe sur un estomac énorme, extrêmement dilaté auquel le colon transverse adhère à la hauteur de la grande courbure où se trouve un bloc d'adhérences de la grosseur d'une mandarine. En extériorisant le colon, on trouve une anse jéjunale qui entre dans ce bloc d'adhérences. Il est donc évident qu'il avait été pratiqué chez ce malade une gastro-enterostomie postérieure transmésocolique et il s'agit probablement d'un ulcère peptique de la bouche de G. E. Par ailleurs, le pylore est fixé au foie par des adhérences et présente, sur sa face antérieure, un gros ulcère calleux.

Malgré la difficulté de la dissection de toutes ces adhérences, l'intervention réalisée fut :

1°) Section des deux pieds de l'anse jéjunale anastomotique ;

2°) Libération de cette anse du mesocolon transverse qu'elle traverse, de façon à ce qu'elle soit enlevée avec l'estomac ;

3°) Dissection de la grande courbure ;

4°) Libération de la petite courbure ;

5°) Section du duodénum au ras du pylore ;

6°) Fermeture du duodénum ;

7°) Reconstitution par enterorrhaphie termino-terminale au bouton du jéjunum. L'enterorrhaphie portant à trois ou 4 cms. au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal ;

ETIOLOGIE

1°) *Fréquence.* — Malgré la surabondance des statistiques, elle est très difficile à établir, et ceci pour plusieurs raisons :

a) Un certain nombre d'ulcères ne sont pas vus par le chirurgien qui a pratiqué la gastro-enterostomie ;

b) Le diagnostic de l'U. P. n'est pas toujours fait ;

c) Certains ulcères, comme, par exemple, les ulcères dits de suture, restent méconnus ;

d) Des ulcères peuvent être en voie de formation au moment où on établit la statistique ;

e) D'autre part, certains ulcères dits post-opératoires ne sont pas autre chose que des ulcères spontanés oubliés.

Georges Lœwy cite la statistique suivante datant de 1920 :

Moynihan 4 U. P. sur 694 opérations = 0,57 %

Mayo 47 U. P. sur 3700 opérations = 1,3 %

Sherren 24 U. P. sur 598 opérations = 4 %

Voici des chiffres plus récents :

Delore (1928) 4,5 %

et il prévoit que ce chiffre augmentera avec l'expérience

Pauchet 5 %

Gosset (1930) 2,5 %

La fréquence moyenne d'U. P. après gastro-enterostomie serait donc de 1 à 3 %.

2°) *Age.* — L'U. P. se développe surtout entre 21 et 50 ans. C'est aussi le cas de notre malade qui était

agé de 50 ans. Mais je ne puis pas m'empêcher de citer deux cas extrêmes qu'on rencontre dans la littérature : celui d'un nourrisson de deux mois auquel on a fait une G. E. pour sténose hypertrophique du pylore (TIEZEL) et celui d'un vieillard de 76 ans.

3°) *Sexe*. — Dans notre cas, il s'agit d'un homme, et c'est presque la règle. LIEBLEIN cite 76 % de cas survenus dans le sexe masculin et 24 % de cas dans le sexe féminin. SHERREN observe 29 cas d'ulc. gastro-jéjunaux chez l'homme contre 2 cas chez la femme. MAYO note 73 cas dans le sexe masculin et 10 seulement dans le sexe féminin. La proportion serait donc de 6 : 1, tandis que pour l'ulcère gastrique et duodénal elle n'est que de 3 : 1. Ceci tiendrait à ce que l'homme (surtout l'ouvrier), se soumet moins volontiers que la femme à un régime, à l'alcool, au tabac et, peut-être aussi, à l'acidité plus grande du suc gastrique chez l'homme que chez la femme.

4°) *Profession*. — SOKOLOW a étudié son rôle dans 73 cas des chirurgiens russes et il cite les chiffres suivants :

Campagnards	32 cas	} 79,5 %
Ouvriers d'usines, journaliers. . .	26 cas	
Carrières libérales	11 »	
Commerçants	2 »	
Autres professions	2 »	

Il en résulte que le travail physique pénible, la nourriture grossière et tout le complexe de conditions de vie des classes moins civilisées ou moins bien établies, sont de nature à favoriser, dans une grande mesure, le développement d'un U. P. jéjunal. Notre malade était cultivateur.

5°) *Pays et races*. — Le Professeur FORGUE et MOURGUE-MOLINES ont déjà, en 1927, insisté sur la rareté de

l'U. P. dans la région méridionale. « Alors que l'U. P. est fréquent dans les pays germaniques et slaves, qu'en France, il n'est pas rare, dans l'Est et le Nord, il est exceptionnel dans la région méridionale. Ceci tient certainement au nombre moindre d'ulcus gastriques ou duodénaux qu'on voit à Montpellier, mais aussi, sans doute, à la nature de l'ulcus dans le Midi, qui, assurément, est moins méchant qu'ailleurs. Nous n'en voulons pour preuve que le petit nombre relativement, de perforations d'ulcères opérés annuellement. Mais c'est aussi sans doute en raison du mode d'alimentation des opérés, le régime des ulcéreux étant, ici, très strict. »

En ce qui concerne notre malade, il faut remarquer qu'il était d'origine espagnole, et l'ulcère est certainement très fréquent en Espagne.

6°) *Nature de l'intervention causale et de la lésion originelle.* — LERICHE insiste, avec raison, sur le fait que « l'ulcère peptique post-opératoire peut apparaître sur n'importe quel segment du tube digestif opératoirement abouché dans l'estomac. » Le cas de Pauchet est, à ce point de vue, particulièrement instructif. Pauchet fait, chez une femme de 29 ans — pour sténose médio-gastrique ulcéreuse — une gastro-gastrostomie suivie d'une G. E. précolique avec jéjuno-jéjunostomie ; dix-huit mois après, il trouve un double ulcus des bouches gastro-gastriques et gastro-jéjunale. Un cas analogue est cité par DELORE et deux par SCHLOFFER. Mais un fait est acquis, c'est que l'ulcère peptique se voit surtout après la gastro-entérostomie et, en particulier, après la G. E. de Roux ou en Y (ce qui a, d'ailleurs, entraîné l'abandon de cette dernière opération, sauf les cas où on y est acculé faute de pouvoir faire mieux). Par contre,

l'U. P. est beaucoup plus rare après les gastrectomies. J'ai peut-être eu tort de l'avancer si catégoriquement. En effet, les statistiques les plus récentes paraissent ne point favoriser, dans une si large mesure, la gastrectomie. C'est ainsi que, sur 418 résections Polya et Billroth, faites par les Mayo, pendant la période de 1922-1927, 57 opérés ont présenté des symptômes de récurrence d'ulcère.

La *statistique Finsterer* de juin 1931 porte sur 566 cas de gastrectomie pour ulcère duodénal.

307 Hofmeister-Finsterer modifié, 6 ulc. gastro-jéjunaux ; 71 cas de Péan-Haberer modifié, 6 récurrences probables = 8,5 % ; 71 cas de résection pour exclusion — 5 u. g. j. = 7 % ; 18 cas de résection pour exclusion avec pyloréctomie = 3 récurrences.

Mais, par contre, la *statistique Starlinger* de Novembre 1930, vient à l'appui de nos anciennes idées en ne montrant sur 25.647 résections relevées dans une très vaste enquête que 0,7 % de récurrence.

En outre, l'U. P. s'observe surtout après les interventions pratiquées pour ulcère duodénal. C'est ainsi, par exemple, que, dans les années 1906-1919, on note 3.175 U. P. consécutifs à des G. E. pour ulcus duodénal contre 305 U. P. après G. E. pour ulcère de l'estomac.

La *statistique Balfour* fait ressortir le pourcentage des ulcères gastrojéjunaux après G. E. et en rapport avec le siège duodénal ou gastrique de l'ulcère primitif.

500 G. E. pour *ulc. duodénal*, suivis dix ans après la G. E.

Récurrences d'ulcère	20	=	4,07 %
Ulcères gastro-jéj.	16	=	3,26 %

100 G. E. pour *ulcère gastrique*

Mauvais résultats	17 %
Récidives ulcéreuses	3 %
Ulcères gastro-jéj.	0 !

Notons, également, que GOSSET, en 1930, ne trouve après G. E. que 2,5 % d'U. P.

Enfin, une dernière remarque s'impose : l'U. P. se voit surtout après des opérations faites pour ulcère. Les cas d'U. P. après une G. E. pour cancer sont vraiment exceptionnels.

7°) *Conditions spéciales.* — SOKOLOW souligne le rôle de la guerre mondiale, après laquelle il y a eu, en Russie, une véritable épidémie d'U. P. due, d'une part, aux pertes d'énergie potentielle et de forces nerveuses et, d'autre part, à la famine et à la nourriture grossière qui, en diminuant la résistance des cellules à mucus, faisaient transformer la moindre érosion alimentaire ou traumatique en une ulcération chronique.

8°) *Prédisposition spéciale.* — L'U. P. se rencontrant dans la proportion constante de 2 %, on pourrait admettre l'existence d'un groupe d'hommes auquel la G. E. ne convient pas. Dans l'état actuel de nos connaissances, ce groupe ne peut pas être déterminé d'avance. Mais, toutes les fois qu'on aura, par exemple, trouvé des ulcérations multiples, il faudra y voir une prédisposition à la maladie ulcéreuse « et éviter la G. E. » Cette prédisposition a souvent un *caractère familial* (cas Sapeshco : père, fils et trois autres membres de la famille ; cas Uspenky : 4 frères), et OHLI pense qu'il s'agit là d'une hérédité directe. HEIDENHAIN cite six cas d'ulcus dans une famille de médecins. En faveur de la prédisposition constitu-

tionnelle sont aussi la coexistence des ulcérations multiples et les nombreuses récurrences souvent opiniâtres.

9°) *Date d'apparition de l'U. P. post-opératoire.* — Elle est extrêmement variable. Dans le cas qui nous intéresse, « l'intervalle libre », après la G. E. était de 21 ans. Il a pu être très bien précisé, puisque, il y a un an, le malade a été opéré d'hémorroïdes dans le service de mon Maître, Monsieur le Professeur RICHE et il n'avait alors signalé aucun trouble digestif. Un tel délai est particulièrement long, bien que ALESSANDRI en ait signalé un de 26 ans et HABERER un de 40 ans.

Par contre, on cite aussi des dates précoces d'apparition : deux jours après l'intervention (CACKOWIC), six jours après une gastrectomie (D^r STULZ, service LERICHE), trois semaines (EISELSBERG). La date moyenne est de un à trois ans.

Voici, d'ailleurs, la *statistique* LERICHE portant sur cent cas :

15 fois de quelques jours à 2 mois
16 fois dans les 10 premiers mois
17 fois d'un an à 2 ans
27 fois de 2 à 3 ans
25 fois de 4 à 9 ans

D'une manière générale, plus la période libre après G. E. est longue, moins l'ulcère jéjunal tend à se développer.

Nous venons d'envisager les principaux éléments étiologiques, voyons maintenant comment l'U. P. se présente au point de vue anatomo-pathologique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il est classique de reconnaître à l'U. P. quatre formes principales, au point de vue anatomo-pathologique :

- 1°) L'U. P. perforé ;
- 2°) U. P. avec péritonite localisée ;
- 3°) U. P. avec sténose de la bouche de G. E. ;
- 4°) Fistule jéjuno-colique.

Je ne cite la première de ces formes, c'est-à-dire la perforation d'un U. P., qu'à titre de mémoire, car elle est très rare dans la région méridionale. Je m'étendrai, par contre, un peu plus longtemps, sur certains facteurs anatomo-pathologiques, qui résultent de l'étude des autres formes d'U. P. et qui sont :

1°) *Le siège.* — En dépit de certaines statistiques, comme, par exemple, celle de GÉLAS qui, sur 59 ulcères peptiques trouve 37 ulcères de la bouche de G. E., on admet, à l'heure actuelle, que l'ulcère post-opératoire siège le plus habituellement sur le bout efférent de l'anse jéjunale anastomosée. Et même dans les cas des ulcères de la bouche, l'U. P. post-opératoire se développe bien plus souvent sur le versant jéjunal de l'orifice de G. E. que sur son versant gastrique. Les réponses au *questionnaire de LERICHE*, qui portait sur 140 cas d'U. P. en constituent la meilleure preuve :

92 ulcères de la bouche

dont 26 sur le versant gastrique

et 66 sur les versants jéjunaux

46 ulcères franchement jéjunaux (anse efférente).

1 ulcère sur l'anse afférente.

1 ulcère sur le duodénum après gastro-duodenostomie.

Quand l'ulcère est franchement jéjunal, il siège, la plupart du temps, à 1 un 2 cms. de la bouche de G. E. et sur le segment efférent. Mais l'U. P. peut aussi siéger assez loin de la bouche anastomotique : 6 cms. dans le cas de HALL (in Lieblein), à dix cms dans celui de GOSSET. Il peut aussi siéger sur n'importe quel segment du grêle : c'est le cas de GRÉY TURNER, où l'U. P. se trouvait à douze pouces de la valvule iléo-caecale ! L'U. P. de notre observation portait, lui aussi — conformément à la règle — sur l'anse jéjunale, en aval de la bouche de G. E. et à deux centimètres au-dessous d'elle.

2°) *Nombre.* — L'U. P. est généralement unique. Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'on a noté des ulcères multiples. Ce sont les cas de HABERER, SHERREN, EISELSBERG, CLAIRMONT, GOSSET, etc. Notons, enfin, que FONTAINE et HERRMANN, obtiennent expérimentalement, après un Billroth II, 3-7 ulcérations.

3°) *Adhérences.* — Leur existence n'est pas constante, mais elles se rencontrent quand même un bon nombre de fois. Si l'ulcère jéjunal est près ou au niveau même de la bouche, le mesocolon se trouvera fortement contracté ; le colon va adhérer intimement à l'estomac et se trouvera situé dans l'angle antérieur formé par l'union de l'estomac et du jejunum. Dans notre cas, le colon transverse adhérait à l'estomac à la hauteur de la grande courbure où se trouvait un bloc d'adhérences de la grosseur d'une mandarine dans lequel entraient l'anse jéjunale.

4°) *U. P. de la bouche de G. E.* — Nous avons vu, dans une statistique précédente, que cette localisation de l'U. P. n'était point rare. Or, la cicatrisation de l'ulcère gastro-jéjunal amène souvent la sténose de la bouche anastomotique. GOSSET et KAUFMANN en ont cité plusieurs cas.

Dans notre observation, la bouche — quoique absolument indemne de processus ulcéreux — est très petite et c'est à peine qu'elle admet l'extrémité du petit doigt.

Dans la statistique de HARTMANN on en relève six cas sur quarante-cinq.

5°) *Etat de l'intestin.* — Le jéjunum présente souvent des modifications anatomo-pathologiques dignes de nous arrêter un instant :

a) En aval de l'anastomose et sous l'influence des gaz, il se fait une dilatation parfois énorme de l'anse efférente.

b) On note aussi un état inflammatoire de l'intestin avec congestion, épaissement et hypertrophie de ses parois ;

c) Souvent, il y a effacement de valvules conniventes. Ces lésions sont, peut-être, dues au passage par la bouche de G. E. d'un chyme acide et grossier sur la muqueuse jéjunale qui n'y est point adaptée ;

d) LERICHE insiste particulièrement sur les lésions d'entérite interstitielle accompagnée d'une régression mucoïde. Il constate aussi une hypertrophie secondaire du plexus mésentérique.

6°) *Fistules gastro-jéjuno-coliques.* — CZERNY en 1903 et GOSSET en 1906, en ont rapporté les deux premiers cas. Il s'agit là d'une complication redoutable de l'U. P. dont l'étude a été faite d'une façon magis-

trale par Georges LÆWY dans sa fameuse thèse de 1921. Leur dimension habituelle est celle d'une pièce de 50 centimes, mais elle peut aussi être plus grande. C'est ainsi que, dans un cas de GOSSET, elle a été large de trois doigts. On les distingue en :

a) *simples* : Les adhérences sont, ici, limitées au siège de la fistule, qui est arrondie, régulière, à l'emporte-pièce. Ce serait là un mode de guérison spontanée de l'U. P.

b) *Complicées* : Elles siègent alors au milieu d'un bloc d'adhérences qui forment une véritable tumeur inflammatoire. On observe alors un rétrécissement du colon transverse avec colite en amont de la sténose.

Notons, enfin, que les fistules gastro-jéjuno-coliques peuvent présenter des valvules ou soupapes muqueuses.

PATHOGENIE

Rien n'est plus confus, à l'heure actuelle, que la pathogénie des ulcères gastro-duodénaux en général et celle des ulcères peptiques post-opératoires en particulier. Nous allons passer en revue — dans ce chapitre — les principaux facteurs pathogéniques incriminés et les principales théories invoquées. Mais il nous semble que vouloir attacher une importance prépondérante à l'un ou une quelconque de ces facteurs ou théories est, dans l'état actuel de nos connaissances, un essai trop téméraire.

On a tout d'abord incriminé les :

FAUTES DE TECHNIQUE :

1°) *Traumatisme par clamps ou pinces à forcipressure.* — Il est vrai que ces instruments abîment la muqueuse. LABOTTE et COFFEY ont bien rapporté des cas d'U. P. développé à l'endroit même où la pince avait été placée. Mais il s'agit là d'observations extrêmement rares et même exceptionnelles dans la littérature.

2°) *Fils de suture non résorbables.* — BERG a rapporté, en 1897, l'observation d'un ulcère gastro-jéjunale développé au niveau du point d'implantation du fil de suture. GOSSET et LÆWY ont aussi eu des cas où les fils de suture ont déterminé des troubles importants ayant nécessité leur ablation, après quoi la guérison n'a pas tardé à survenir. Des faits expérimentaux sont aussi à l'appui de cette théorie.

WILKIE, dans son expérience de 1910, fait une G. E. postérieure chez le chien. Il se sert de catgut pour le sujet interne, tandis que, pour le sujet externe, il emploie de la soie. Au bout d'une semaine, l'animal présente un ulcère gastro-jéjunale duquel se détache le surjet de soie externe. On explique cette action des fils non résorbables, en leur attribuant une action de dévitalisation de la muqueuse par la pression qu'ils exercent sur elle ou bien en leur faisant jouer un rôle des corps étrangers amenant une réaction inflammatoire. Pour certains auteurs, les fils non résorbables conduiraient le suc gastrique par capillarité dans les plans profonds de la muqueuse.

Les frères MAYO avaient 6 % d'U. P. lorsqu'ils se servaient de fils de suture non résorbables et rien que 2 % depuis qu'ils ont commencé à employer le catgut.

3°) *Troubles de la cicatrisation de la plaie de G. E.*

— Pendant les cinq ou sept premiers jours après l'intervention, on constate, au niveau de la bouche de G. E., un processus surtout destructif. Il est évident que cette nécrose varie avec l'importance des traumatismes chirurgicaux. Si, pour une raison quelconque, la cicatrisation ne se fait pas, la zone dénudée qui subit l'action d'un suc gastrique hyperacide ou bien le contact précoce d'aliments pourra se transformer en un ulcère.

4°) *Rôle du bouton anastomotique.* — GOSSET pense que le bouton favorise bien plus l'U. P. que ne le font les sutures. Mais cette opinion n'est pas admise par tous les chirurgiens. C'est ainsi que dans la statistique de DELORE, il y a 4 G. E. au bouton, contre 17 à la suture. Le questionnaire de LÉRICHE indique 9 G. E. au bouton contre 144 à la suture. Notons que, dans notre cas, la bouche très régulièrement circulaire, paraît aussi avoir été faite au bouton. Mais peut-on accuser ce dernier d'avoir provoqué le rétrécissement de la bouche ?

5°) *Rôle de la G. E. fundique haute.* — D'après LÉRICHE, peu de points précis permettent de l'incriminer. LAMBRET trouve tout de même 11 fois sur 16 une bouche très loin sur la gauche, à plus de 10 cms. du pylore. C'était aussi le cas de notre malade, où la bouche était marginale, fundique haute, placée très à gauche, à près de 20 cms. du pylore.

6°) *Rôle des anastomoses à anse longue.* — Il n'est point basé sur des faits précis. C'est ainsi que LÉRICHE a noté une guérison parfaite pendant cinq années avec une anse d'environ un mètre.

On voit aisément que toutes ces fautes techniques,

d'ailleurs de plus en plus rares, ne jettent point une lumière suffisante sur la pathogénie de l'U. P. post-opératoire. Elles ne peuvent, en effet, être considérées que comme des facteurs secondaires. Aussi, pas mal d'auteurs ont émis une série de

THÉORIES PATHOGÉNIQUES, dont les plus importantes sont la théorie nerveuse, circulatoire et la théorie infectieuse (hematogène).

1°) *Théorie nerveuse.* — Ses partisans considèrent que l'U. P. survient à la suite d'une ischémie de la muqueuse, produite par un spasme de la muscularis mucosae. Mais, ici encore, tout le monde n'est pas d'accord sur l'origine et la nature de ce spasme.

a) Pour les uns, il s'agirait d'une excitation du vague nerf moteur (accélérateur) de l'estomac. Ce spasme surviendrait donc surtout chez des sujets vagotoniques. La vagotonie expliquerait, par ailleurs, les nombreuses récurrences ulcéreuses malgré et en dépit d'une G. E. qui fonctionne très bien. Certains auteurs font aussi jouer un rôle important aux « traumatismes psychiques », tels : les soucis, les chagrins, la guerre ; aux affections abdominales très douloureuses, comme, par exemple, l'appendicite ou la cholélithiase qui pourraient influencer le pneumogastrique par voie réflexe ;

b) STIERLIN estime qu'il faut attribuer au spasme une origine autochtone, c'est-à-dire qu'il serait dû aux centres nerveux de la paroi gastrique (plexus d'Auerbach).

2°) *Théorie circulatoire.* — Il s'agirait également d'une ischémie circonscrite de la muqueuse, mais d'origine vasculaire.

3°) *Théorie infectieuse hématogène.* — ROSENOW fait jouer un très grand rôle à l'infection strepto-

coccique locale hémotogène. Il insiste sur l'importance de certains foyers infectieux chroniques, en apparence insignifiants, comme, par exemple, pyorrhée alvéolaire, alvéolite dentaire périapicale, sinusites, amygdalites, etc. En effet, ROSENOW reproduit des ulcérations gastriques par des injections dans la veine marginale de l'oreille du lapin des streptocoques venant de l'un de ces foyers. BENSAUDE attire l'attention sur la fréquence de la spécificité surtout chez des sujets jeunes. Mais la majorité des auteurs n'admet plus cette vieille théorie de l'ulcère lésion infectieuse.

Il ne nous reste alors qu'à nous tourner du côté de

CAUSES PHYSIOLOGIQUES. — Nous les rechercherons à la fois dans les travaux expérimentaux qui ont été effectués à ce sujet, ainsi que dans les interventions chirurgicales faites pour des ulcères gastro-duodénaux spontanés ou des ulcères peptiques post-opératoires et qui ont la valeur de véritables expériences physiologiques.

Mais, avant de rechercher ces causes, il y a une notion qu'il nous faut adopter, c'est celle qui a été brillamment développée par LERICHE dans son rapport au Congrès Français de Chirurgie de 1931, et selon laquelle :

« L'ulcère peptique post-opératoire est essentiellement une maladie des anastomoses faites sur des estomacs hyperacides. Sa pathogénie se confond avec celle de l'ulcère gastro-duodéal spontané. » En effet, en étudiant attentivement les conditions d'apparition des ulcères peptiques post-opératoires, leur mode d'évolution, leurs récidives si fréquentes et si résistantes au traitement chirurgical, on se rend de plus en plus compte qu'il s'agit là de l'évolution d'une

même maladie : celle qui a engendré l'ulcère primitif et qu'on a coutume d'appeler la « maladie ulcéreuse ». Etudions donc d'abord dans ses grandes lignes la pathogénie des ulcères gastro-duodénaux.

Pathogénie de l'ulcère gastro-duodénal spontané.

— Elle est de plus complexes. Et on s'en rend déjà compte lorsqu'on examine les innombrables procédés par lesquels on est arrivé à reproduire l'ulcère expérimentalement. On y parvient, en effet, par des pertes de substance artificielles, des ligatures ou embolies artérielles, des excitations ou sections nerveuses, la surrénalectomie ou la thyroïdectomie, la dérivation de différents sucs digestifs, l'histamine, l'isolement de l'estomac, le petit estomac, les repas fictifs à la PAWLOW, etc. Mais la valeur de toutes ces expériences ne peut être que contingente ou très restreinte. En effet, cette expérimentation n'aboutit qu'à la création de la lésion anatomique caractéristique de l'ulcère, mais elle n'engendre point le syndrome presque spécifique de cette affection, c'est-à-dire l'hypersecretion et l'hyperchlorhydrie. « Je dirais volontiers, écrit LERICHE, si je ne craignais d'être mal compris, que l'ulcère est plus un état qu'une lésion. » Et, à la base de cet état, il nous semble devoir placer deux facteurs pathogéniques essentiels : l'hyperacidité et les modifications du mucus gastrique.

I. — *Hyperacidité et effets peptiques du suc gastrique.* — Depuis longtemps on sait que l'hyperpepsie ainsi que la stase du suc gastrique empêche une ulcération gastrique de se cicatriser et en fait l'ulcère. Pour mieux comprendre son action, il y a lieu de se demander où naît la sécrétion chlorhydro-peptique et sur quelles régions de l'estomac elle peut agir. Eh bien, c'est la région fundique qui est la zone exclu-

sive de la production de la pepsine. Ce fait est prouvé par les expériences suivantes :

a) On supprime chez un chien la zone fundique ; rapidement on voit son acidité gastrique tomber considérablement.

b) Expérience de BRECKMANN et DELOYERS : ces auteurs colorent un estomac de chien en pleine digestion, vidé et lavé, au ferrocyanure de K qui vire au brun avec une base et au bleu avec un acide. Ils voient, alors, l'antra prendre la coloration brune, tandis que le fond de l'estomac se colore en bleu. Ces deux zones seront, d'ailleurs, séparées par une ligne de démarcation très nette. Mais si l'antra alcalin ne produit point d'acide chlorhydrique et, bien plus, peut en être attaqué, il peut aussi commander la sécrétion de cet acide et ceci par voie réflexe ou hormonale : en effet, tout contact avec la muqueuse de l'antra et surtout la stagnation antrale si fréquente dans le spasme du pylore, provoque une hypersecretion des glandes fundiques.

II. — *Modifications du mucus.* — Les ulcères gastro-duodénaux spontanés siègent surtout au niveau de l'antra, sur la petite courbure, le pylore et la première portion du duodénum (bulbe). Leur siège d'élection est donc une zone où on ne trouve histologiquement que des tubes glandulaires contournés sur eux-mêmes ou glandes à mucus. Le mucus se présente sous une forme variable avec le PH du milieu : c'est ainsi que, dans la région fundique (acide), il se précipite et prend le mucicarmin, tandis que, au niveau de l'antra et de la région pylorique (milieu alcalin), il se dissout et il est à peine colorable par le mucicarmin. C'est le mucus qui protégerait les régions plus haut citées contre l'action peptique

du suc gastrique. Ces considérations ont amené LERICHE à émettre l'hypothèse suivante relative à la genèse de l'ulcère : « L'ulcère spontané paraît être un ulcère peptique développé sur une muqueuse alcaline, dont le mucus spécialisé normalement dissous et non précipité, a été modifié par une hyperémie préalable et par l'hyperacidité, l'action peptique étant le fait d'une excito-sécrétion anormale du fundus créée par les lésions antrales.

Pathogénie de l'ulcère peptique post-opératoire.

— Ici aussi nous croyons devoir mettre au premier plan : l'*Hyperacidité*. Son rôle paraît incontestable. Tout d'abord, l'U. P. post-opératoire ne se produit que dans des segments digestifs soumis au contact d'un suc gastrique acide, par exemple, l'estomac, la première portion du duodénum, l'anse efférente du jéjunum, après une gastro-enterostomie, car, à ce niveau, le suc gastrique n'est pas neutralisé. L'U. P. s'observe chez des sujets à suc gastrique hyperacide. Dans cet ordre d'idées, PETERSON insiste surtout sur le rôle de l'acide chlorhydrique libre. Notre malade n'a point fait exception à cette règle générale, car on a noté chez lui, après histamine :

HCl libre = 3 gr. 06. — HCl combiné = 0 gr. 41. —
HCl total = 3 gr. 47. — Acidité totale = 3 gr. 62.

L'U. P. serait favorisé par toute sorte de retard d'évacuation qui ne fait qu'augmenter le taux de l'acidité gastrique, par exemple : coutures, anneaux, mauvaise orientation de la bouche, boutons de Murphy, etc. Mais l'argument le plus frappant est fourni par quelques cas de perforation du diverticule de Meckel à muqueuse gastrique. Dans les cas de GRAMEN et de MULLER, de STULTZ et WORINGER, etc., l'ulcère perforé siégeait exactement à la limite des mu-

queuses gastriques et intestinales. Mais, d'autre part, le rôle de l'hyperacidité a été quelquefois mis en doute et ceci, à la fois, par des faits expérimentaux et cliniques. C'est ainsi que WILKIE a fait des gastro-enterostomies sur des chats qu'il nourrissait ensuite avec de la viande additionnée d'HCl ; dans huit expériences, il n'a constaté aucune ulcération. KAWAMURA et MANN ont fait les deux expériences suivantes :

a) Ils anastomosent avec l'estomac une anse jéjunale de 15 cms fermée à ses deux extrémités ;

b) Ils remplacent une portion gastrique par un fragment jéjunal avec insertion mésentérique intacte. Chose curieuse : dans les deux cas, ils n'ont constaté aucune trace d'ulcère peptique. Et puis que dire des U. P. en milieu anachlorhydrique qui, pour être rarissimes, n'en existent pas moins en clinique.

La gastrite inflammatoire du type atrophique surtout est très fréquente au niveau de l'antra chez les ulcéreux. Mais elle ne donne aucune indication sur l'origine de l'U. P. post-opératoire et le rôle qu'a voulu lui faire jouer P. DUVAL, nous paraît exagéré.

Voyons, maintenant, dans quelle mesure, les diverses opérations faites pour des ulcères gastro-duodénaux spontanés peuvent influencer la naissance d'un U. P. post-opératoire.

I. — *G. E.* — Nous avons vu le rôle fâcheux de la G. E. en Y de ROUX, après laquelle le taux d'U. P. s'élèverait, selon PETERSEN, à 24 % ! La G. E. antérieure est actuellement abandonnée, car elle donnait (outre d'autres inconvénients), plus d'U. P. que la postérieure. Nous nous sommes aussi suffisamment étendu dans ce travail sur la G. E. postérieure, trans-mésocolique ou opération de von HACKER, qui est

actuellement la seule G. E. universellement admise, pour ne pas y revenir maintenant.

Au chapitre d'étiologie, nous avons aussi étudié le rôle de la localisation de l'ulcère primitif.

A propos de la G. E., je me permettrai de mentionner ici un autre facteur pathogénique important à savoir : *la stase*. Entre la bouche anastomotique et le pylore, il persiste souvent dans l'estomac un petit résidu qu'on peut mettre en évidence grâce à la radio. Ce résidu irriterait la muqueuse antrale devenant ainsi le point de départ d'un reflexe fundique qui amène l'hypersecrétion. Ceci est d'autant plus vrai qu'une G. E., qui paraissait parfaite au point de vue technique, peut, par la suite, montrer des insuffisances physiologiques notables.

II. — *Rôle de l'exclusion pylorique.* — Il est très fâcheux, et ceci à tel point, qu'on a pu dire que « l'exclusion est le plus sûr procédé pour produire chez l'homme un ulcère peptique. » Dans l'antrum exclu, il y a stagnation qui déclenche, à tort et à travers, l'activité du fundus gastrique. Nous n'en voulons pour preuve que l'observation de KELLING qui a la valeur d'une véritable expérience de laboratoire. KELLING fait chez un homme de 39 ans et pour ulcère calleux de la paroi postérieure du pylore, une G. E. postérieure avec exclusion du pylore. Il laisse en même temps, une sonde de Nelaton dans la portion pylorique. 45 minutes après un repas d'épreuve, l'acidité gastrique = 10-25. Par la sonde, on injecte alors dans le pylore, 15 cms de jus de viande : on obtient une acidité gastrique double. En clinique, on a eu, à la suite des résections à la Doyen-Eiselsberg, les résultats suivants :

Eiselsberg 10 U. P. sur 61 exclusions = 16 %

Haberer 14 U. P. sur 71 exclusions = 20 %

III. — *Rôle de la résection pour exclusion.* — Imaginée par FINSTERER, elle consiste dans l'ablation des deux tiers de l'estomac, tout en laissant le pylore en place. Cette opération a pour but de rendre autant que possible l'estomac anachlorhydrique, ce qui éviterait les U. P. Mais, malheureusement, on ne connaît guère d'une façon précise, cette ligne de démarcation qui sépare la région fundique de la zone antrale et il suffit que la section ne dépasse pas tant soit peu l'antra pour que la sécrétion reflexe d'acide chlorhydrique se fasse de nouveau à contre-temps et engendre un U. P. Aussi, les résultats de cette opération sont diversement appréciés, par exemple :

FINSTERER (1930) 5 U. P. sur 81 cas

FLORCKEN (1928) 1 U. P. sur 104 cas

PUIG Y SUREDA 3 U. P. sur 13 cas

PAUCHET 2 U. P. sur 33 cas

La fréquence moyenne de récidives serait donc de 6 % contre les 2 % de bonnes G. E.

IV. — *Rôle de la pyloro-gastrectomie.* — Elle favorise beaucoup moins l'U. P. que les autres opérations, mais elle n'est point capable de mettre à l'abri de cette redoutable récidive ulcéreuse. Voici, d'ailleurs, une statistique à ce sujet :

PUIG Y SUREDA 5 U. P. sur 92 résections = 4,6 %

VON HABERER 2.310 résections = 0,6 %

STARLINGER 173 U. P. sur 25.647 résections = 0,7 %

La statistique de STARLINGER porte sur des gastrectomies faites par 86 chirurgiens. Il en résulte que, dans pas mal de cas, la gastrectomie a beaucoup de chances de faire diminuer l'hypersecrétion gastrique et d'éviter ainsi l'U. P.

V. — *Rôle de l'excision ou de la brûlure de l'ulcère primitif.* — La gastro-enterostomie précédée de l'excision de l'ulcère primitif paraît ne donner qu'un nombre tout à fait insignifiant d'U. P. C'est une opération assez répandue aux Etats-Unis et qui tend actuellement à gagner du terrain en Europe. Voici quelques chiffres :

LAMBRET 3 U. P. sur 274 interventions = 1,11 %

PAUCHET 0 U. P. sur 111 interventions = 0 %

Nous venons ainsi d'envisager, dans ses grandes lignes, la pathogénie de l'U. P. post-opératoire. Nous avons vu qu'il fallait considérer l'U. P. comme une continuation d'évolution ou d'une récurrence de la maladie ulcéreuse causale se faisant sur le point faible opératoirement créé. » Nous avons vu les principaux facteurs pathogéniques comme l'hyperacidité, la stase, la gastrite inflammatoire, les diverses interventions chirurgicales, etc. Il faut voir ici l'ensemble de ces facteurs, car vouloir attacher une importance exclusive à l'un d'eux, c'est s'obstiner à jouer sur une seule corde un air qui, en réalité, demande à être exécuté par tout un orchestre.

ETUDE CLINIQUE

SYMPTOMATOLOGIE. — Les premiers symptômes n'apparaissent qu'à la suite d'une période de calme de durée variable dite « intervalle libre après la G. E. » que nous avons eu l'occasion d'étudier au chapitre d'étiologie.

1°) *Le début* se traduira par des symptômes d'évacuation gastrique retardée : pesanteur, gêne, éructations et par des symptômes d'hyperacidité comme les douleurs et les regurgitations acides. *L'ulcère de suture*, ainsi appelé par M. MAYO (stitch ulcer), mérite ici quelques lignes. Au début, il reproduit les mêmes symptômes que l'ulcère primitif. Mais, par la suite, son évolution peut s'engager dans deux voies : ou bien on constatera une amélioration progressive à partir du moment où le surjet se sera détaché ou bien au contraire cet ulcère de suture se transformera peu à peu en un U. P. permanent.

2°) *A la période d'état*, l'U. P. pourra présenter plusieurs types cliniques. Tantôt il engendrera un tableau analogue à celui de l'ulcère primitif. On aura alors la triade caractéristique de l'ulcère composée de douleurs à siège bas, au niveau et à gauche de l'ombilic, des hémorragies qui, suivant le siège gastrique ou jéjunal de l'U. P. seront, soit des hématémeuses soit des melaena et, enfin, par des signes de sténose comme le ballonnement et les vomissements. Ajoutons à tout cela l'évolution caractéristique par des poussées aiguës séparées de périodes de rémission. Tantôt ce sera un type à tableau clinique très irrégulier.

De temps en temps, on rencontre une symptomatologie purement intestinale : douleurs basses dont l'horaire n'est point en rapport avec les repas, de la diarrhée alternant ou non avec de la constipation. Parfois, il n'y a point de douleurs, et on ne note que des melaenas ou des vomissements nocturnes.

3°) *Le chimisme gastrique* nous révélera presque toujours de l'hyperacidité.

4°) Enfin, il ne faudra jamais omettre *la radio*. Dans le cas d'un *ulcère gastro-jéjunal* la radio pourra nous montrer des déformations du contour de la bouche anastomotique ; de la diminution de perméabilité de la bouche. Celle-ci pourra être décelée par le passage réduit de la bouillie barytée, par de la rétention du repas au-delà de 6 heures, la dilatation de l'estomac, etc. Parfois, on trouve une fixité de l'estomac au niveau de la bouche anastomotique, une contraction spasmodique reflexe avec irrégularité des bords de l'estomac. S'il s'agit d'un *ulcère jéjunal*, les symptômes de rétention feront défaut, mais on pourra trouver une dilatation ampullaire, une absence des plis ou des festons ou bien un peristaltisme insuffisant.

Remarquons que, si on trouve une niche de HODECK ou une image stellaire, le diagnostic doit être porté à coup sûr.

Chez notre malade, nous avons trouvé des troubles gastriques et des vomissements auxquels s'est surajouté un amaigrissement très marqué. L'examen radiographique a révélé un estomac asystolique contenant une quantité considérable de liquide résiduel ; il a permis de penser à une sténose pylorique, sans toutefois pouvoir en indiquer l'origine. En ce qui concerne la symptomatologie des *complications* de l'ulcère peptique post-opératoire, nous ne nous arrêterons pas sur *la perforation* de l'U. P. en plein péritoine, chose qui est très rare dans la région méridionale et qui comporte la même symptomatologie que les autres perforations viscérales. Nous dirons, au contraire, quelques mots de cette redoutable complication de l'ulcère peptique post-opératoire qui est, connue sous le nom de *fistule gastro-jéjuno-colique*.

Encore, serons-nous très brefs à ce sujet de peur de déborder le cadre de notre travail. Son début est assez tardif : il se fait, en moyenne, 5 à 7 ans après la G. E. Mais on connaît aussi des cas où ce début a été très éloigné, par exemple 12 ans après la G. E. (Roux, de Lausanne), ou bien très précoce : deux mois et demi après la G. E. (EISELSBERG). Dans certains cas, la fistule s'est manifestée d'emblée, c'est-à-dire sans avoir été précédée de signes cliniques d'un U. P. post-opératoire. A sa période d'état, la fistule gastro-jéuno-colique sera caractérisée par les symptômes suivants : *Diarrhée* très abondante (8 selles dans les 24 heures), impérieuse, post-prandiale et surtout nocturne, peu influencée par les médications habituelles. Parfois, il y a « lienterie » due au passage immédiat du contenu gastrique dans le colon. Ensuite, surviennent les *éructations fétides*, symptôme très tenace. Il y a alors mauvais goût dans la bouche et parfois regurgitations du contenu intestinal. *Les vomissements fécaloïdes* surviennent au cours de crises diarrhéiques, 4 à 5 heures après le repas et surtout la nuit. En outre, on peut avoir des douleurs dans la portion inférieure de l'abdomen, des signes d'occlusion incomplète du gros intestin et, parfois même, la perception d'une tumeur ombilicale, à gauche de la ligne médiane. Rapidement, l'état général s'altère, on note un amaigrissement et une asthénie considérables avec conservation de l'appétit et souvent soif extrême. La mort survient par lienterie, occlusion ou complication. Quelques épreuves spéciales peuvent être faites, par exemple : un lavement coloré peut être retiré au moyen d'une sonde gastrique. A la radio, on peut constater une évacuation très rapide de l'estomac, suivie d'un remplissage du colon transverse ou bien la pénétration en

moins d'une heure du lavement baryté dans l'estomac.

DIAGNOSTIC

I. — *Diagnostic positif.* — L'U. P. est actuellement une complication à laquelle il faut toujours penser en présence d'un opéré d'ulcère gastrique ou duodénal, qui se plaint de souffrir. Le diagnostic positif se basera sur les symptômes que nous venons d'énumérer. Le cas dont nous rapportons l'observation était particulièrement délicat au point de vue du diagnostic, car on ignorait que le malade a subi une G. E. lors de son opération en Espagne. Lui-même croyait avoir été opéré d'une hernie épigastrique. De fait, le malade présentait une incision médiane à l'épigastre, de 7 cms. de long à peine dont l'extrémité inférieure se trouvait immédiatement au-dessus de l'ombilic. Bien plus, à la partie supérieure de cette incision, il existait encore, au moment de l'examen, une petite hernie épigastrique. En outre, la bouche anastomotique étant sténosée par l'U. P. et le pylore restant bloqué par un gros ulcère calleux, la radio n'a montré qu'un estomac en rétention et on a porté le diagnostic d'un ulcère pylorique. La seule chose qui aurait pu faire penser à un U. P., c'était la présence de fortes traces de bile dans le liquide gastrique qui, vu la sténose pylorique, pouvait faire songer à la possibilité d'un reflux biliaire par une G. E. En tout cas, cette observation démontre nettement l'intérêt qu'il y aurait à donner à tout opéré une fiche, avec un compte rendu succinct de l'intervention pratiquée chez lui.

II. — *Diagnostic différentiel.* — Mais l'U. P. n'est pas le seul accident causant des troubles à la suite d'une intervention pour ulcère gastrique ou duodénal. Il faut aussi tenir compte des éventualités suivantes, si bien résumées par GOSSET : On a pu commettre une erreur de diagnostic et prendre pour un ulcus gastro-duodénal une appendicite chronique, une cholécystite ou une lithiase rénale ou bien on a cru à un ulcère seul alors, qu'en réalité, il était associé à une appendicite, cholécystite ou gastrite. Puis, à la suite d'une G. E., il peut y avoir des troubles fonctionnels comme, par exemple, une stagnation duodénale qui peut engendrer de véritables crises avec douleurs et vomissements, une diarrhée due à l'irritation de la muqueuse jéjunale par le chyme acide et, plus tard, à l'insuffisance des sécrétions pancréatiques et biliaires. Cette diarrhée cède d'ailleurs assez rapidement au traitement médical. Ensuite, on peut avoir des adhérences qui se rencontrent surtout chez les tuberculeux fibreux et les syphilitiques, et qui engendrent, comme toutes les périviscérités des souffrances sans rythme et sans arrêt. Il ne faudra pas confondre l'U. P. avec un cancer. Enfin, et toujours dans l'ordre de la « maladie ulcéreuse », il faudra se souvenir qu'il peut parfois s'agir de la reviviscence d'un ancien ulcère ou bien de la formation d'un nouvel ulcère.

Passons maintenant au :

Pronostic. — De l'étude que nous venons de faire, il résulte que le pronostic de l'ulcère peptique post-opératoire, est très sévère. En effet, l'U. P. n'a aucune tendance à la guérison spontanée, et, quant à la thérapeutique que nous pouvons lui appliquer, il est bon d'avoir toujours présente à l'esprit la fameuse phra-

se de LERICHE : « Nos thérapeutiques de l'ulcère ne sont jamais pathogéniques. Elles sont symptomatiques, comme la G. E., anatomiques comme l'excision, à visée physiologique comme la gastro-pyloréctomie. Il est presque normal, pourrait-on dire que, souvent après l'opération, la maladie continue. »

Et nombreux sont, dans la littérature chirurgicale, les cas où on a été obligé de faire, à des intervalles plus ou moins longs, plusieurs G. E. ou même plusieurs gastrectomies consécutives. Cette tendance, cette opiniâtreté même à la récurrence, au moindre retour des conditions favorables, est, outre les éléments de gravité inhérents à tout ulcère, une des raisons les plus fâcheuses du mauvais pronostic. Nous nous empressons de dire que ce pronostic est, d'ailleurs, essentiellement variable avec les pays et les races. C'est ainsi que l'ulcère semble beaucoup plus bénin aux Etats-Unis qu'en Europe et surtout que dans l'Europe Centrale et même l'Espagne. Mais c'est surtout la fistule gastro-jéjuno-colique qui est d'une gravité redoutable. En effet, abandonnée à elle-même ou après une intervention suffisante, elle conduit le plus souvent à la mort. Et même après l'intervention on a assez souvent des récurrences complètes. C'est quand on en étudie des cas, comme par exemple celui de SAVITZKY où une fistule gastro-jéjuno-colique consécutive à un U. P. imposa, au bout de cinq mois à l'estomac et à la bouche de l'opéré toutes les fonctions du rectum, par lequel rien ne passait plus, c'est alors qu'on se rend compte de la véritable gravité de l'U. P.

TRAITEMENT

Le traitement de l'ulcère peptique post-opératoire peut être prophylactique ou curatif.

A) *Le traitement prophylactique* est d'une importance capitale, car il se propose de prévenir ou, tout au moins, de diminuer les chances d'apparition de l'U. P. et de tous les ennuis chirurgicaux qu'il est capable de fournir. Tout le problème du traitement prophylactique de l'U. P. post-opératoire se ramène, finalement, pour ainsi dire, au choix entre les gastro-entérostomies et les gastrectomies dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux spontanés. A un moment donné, on a pu croire que la G. E. allait définitivement céder le pas à la gastrectomie. Mais les nombreux cas d'U. P. après gastrectomie qu'on a publié dans ces dernières années ont de nouveau ranimé ce problème. Nous n'entrerons pas dans les détails de cette discussion, mais nous en profiterons pour exposer les idées montpelliéraines relatives à ce sujet. Il est évident que la gastro-entérostomie a ses indications, qu'elle supprime le spasme et la gêne de l'évacuation pylorique, fait tomber — au début tout au moins — l'acidité gastrique (par alcalinisation du contenu gastrique par la bile, le suc intestinal et pancréatique), et, qu'enfin et surtout, elle donne 75 à 80 % de guérisons. Nous préférons la G. E. à bouches larges, très larges même, à la G. E. à bouches étroites obtenues, par exemple, par un bouton anastomotique. Nous croyons aussi nécessaire de

placer l'anastomose dans la région antrale du ras de la grande courbure. On rejettera, bien entendu, complètement la G. E. en Y ou bien l'exclusion pylorique complétant une G. E. qui, comme nous l'avons vu plus haut, donnent incontestablement un pourcentage plus élevé d'ulcères peptiques post-opératoires. Mais, malgré ceci, nous sommes de plus en plus partisans de la gastrectomie large systématique plutôt que de la G. E., car elle paraît tout de même donner des résultats bien meilleurs. A titre prophylactique, on pourra faire soit la résection de $1/3$ soit celle de $2/3$ de l'estomac.

Résection un tiers. — On fait l'ablation de l'antrum pylorique qui est, comme on l'a si bien dit : « le moteur de la sécrétion acide ». Sur 2.310 résections de ce genre pour ulcère gastrique, duodénal ou jéjunale, HABERER n'a constaté que quinze cas de récurrence d'ulcère, c'est-à-dire 0,6 %.

Mais ces bons résultats de HABERER tiendraient probablement à ce qu'il fait des Pean ou des gastroduodénostomies latérales. Car FINSTERER a trouvé sur 26 opérés de résection limitée avec anastomose Hofmeister-Finsterer :

- 3 U. P. jéjunaux qu'il a dû réopérer par la suite
- 2 U. P. jéjunaux probables (douleurs et hémorragies.)

Résection deux tiers. — Imaginée et préconisée par FINSTERER, elle peut viser d'abord la suppression de l'acidité gastrique. Dans ce cas, FINSTERER conseille de la pousser jusqu'à la pénétration de l'artère coronaire stomacale dans la petite courbure. Mais il ne faudrait point croire que c'est là l'opération idéale. C'est ainsi que ABADIE constate, sur 183 duodéno-

gastrectomies suivies, outre une mortalité opératoire voisine de 6 % ; 6 % de mauvais résultats dont 4 U. P. PAUCHET (VIII^e Congr. Intern. de Chir., Varsovie 1929), a fait 194 gastrectomies ; sur 33 opérés revus, il a noté 2 U. P. La statistique espagnole de PUIG Y SUREDA, comporte 5,2 % d'ulcères jéjunaux sur 96 résections. Néanmoins, en Allemagne et en Amérique on considère que la gastrectomie donne de meilleurs résultats lointains que la G. E.

Mais la résection deux tiers peut aussi viser la suppression de la zone gastrique dont la muqueuse est atteinte de gastrite. Nous avons vu ce que pensait de cette dernière, P. DUVAL. Pour WESTHUES, « la gastrite existe avant l'ulcus et prépare le terrain pour son développement. » En faisant cette résection, il faudra aller le plus haut possible dans la direction du cardia. Mais, ici aussi, les résultats ne sont pas toujours brillants et, souvent, un régime post-opératoire strict est nécessaire. Cette gastrectomie peut se montrer insuffisante surtout chez les nerveux irritables (vagotoniques), tels les Israélites de l'Hôpital du Mont-Sinaï auxquels BERG a encore l'habitude de faire une section supplémentaire du pneumogastrique gauche au niveau du cardia. Il y a encore un inconvénient des gastrectomies larges : c'est une anémie spéciale, ne pouvant être décelée que par le laboratoire, et que GORDON TAYLOR constate dans 44 % de résections gastriques.

Traitement curatif. — Il a été exposé d'une façon claire et séduisante par GOSSET, dans son rapport au Congrès Français de Chirurgie de 1931.

I. TRAITEMENT MÉDICAL

Dans son ensemble, il est encore beaucoup moins satisfaisant que celui de l'ulcère primitif. Le régime a une importance considérable, mais, à lui seul, il n'est pas capable de guérir la maladie. L'alimentation jéjunale par une sonde buccale permet de préparer le malade à une intervention chirurgicale. La médication antisypilitique n'a point réalisé l'espoir qu'on avait en elle. La radiothérapie amène une sédation importante des phénomènes douloureux. Mais on ne peut pas s'en servir pour diminuer l'acidité gastrique, car il faudrait en appliquer des doses trop dangereuses.

II. — TRAITEMENT CHIRURGICAL

Tous les auteurs sont d'accord sur sa nécessité. Mais il y en a qui sont partisans d'un traitement conservateur et d'autres qui préfèrent, au contraire, le traitement radical ou la gastrectomie. Quelle que soit l'opération qu'on veuille pratiquer, il faudra d'abord avoir soin de procéder à une bonne *anesthésie*. FINSTERER a proposé son *anesthésie locale* qui consiste successivement en une anesthésie cutanée, suivie de l'incision, une anesthésie sous-péritonéale et, enfin, une anesthésie du plexus splanchnique. C'est ici le moment de souligner les services importants qu'a rendu à mes Maîtres, *la raché-anesthésie à la percaïne*, suivant la technique de JONES, c'est-à-dire 17-18 cc. d'une solution hypobare à 1 p. 1500 pour un sujet de 1 m. 70. Si cette anesthésie n'évite pas absolument les complications pulmonaires, elle procure un silence abdominal parfait et une analgésie de très

longue durée (3 heures), rendant ainsi possible l'exécution d'une gastrectomie très large.

Traitement conservateur. — Plusieurs opérations, d'une valeur d'ailleurs inégale, peuvent être pratiquées. Presque toutes ces opérations sont basées sur l'espoir de pouvoir, en cas de récurrence, avoir encore recours à cette intervention suprême qu'est la gastrectomie large.

1°) *Excision de l'ulcère.* — L'excision simple de l'ulcère n'est que rarement faite. Souvent, au contraire, elle n'est que le premier temps de la suppression de la G. E. ou de sa réfection dans de meilleures conditions. Elle donne, d'ailleurs lieu à des nombreuses récurrences. C'est ainsi que DELORE a été obligé de faire chez un de ses malades trois résections successives d'un U. P.

2°) *Suppression simple de la G. E.* — On ferme séparément les orifices : gastrique, jéjunal et mésocolique. Cette restauration anatomique expose, elle aussi, aux reviviscences de l'ulcère duodénal. C'est ainsi que, dans l'observation de COTTE, on a vu un ulcère calleux se former au bout de 2 mois et demi et GOSSET se vit, une fois, obligé de refaire à nouveau la G. E. déjà supprimée.

3°) *Réfection de la G. E.* — On la fera si le pylore est sténosé, si on trouve un ulcère duodénal en activité ou bien si le duodénum n'est pas mobile. La G. E. devra être placée au point déclive de façon à réaliser un bon drainage de l'estomac. La G. E. de Roux ne sera ici, sauf nécessité, qu'un pis aller. Au contraire, si on s'est déjà trouvé en présence d'un Y on aura le choix entre une restauration anatomique et une nouvelle G. E. avec une anse plus bas située. Si

on s'est trouvé en présence d'une G. E. antérieure, la nouvelle opération n'en sera que plus facilitée : on fera une anastomose sur une autre anse.

4°) *Seconde G. E. en laissant subsister l'ancienne.* — On la pratique quand le malade est fatigué, quand la bouche ne fonctionne pas ou bien quand on ne peut pas la séparer. La 2^e G. E. est généralement faite antécolique, à gauche de la 1^{re} et avec une anse jéjunale en aval. Le gros danger de cette opération, c'est la possibilité d'une récurrence de l'U. P. sur les deux bouches comme ça s'est produit dans le cas de SIMON. Aussi, certains auteurs lui préfèrent la simple jéjunostomie.

5°) *La gastro-duodénostomie de FINNEY* expose aux récurrences parce qu'elle ne supprime pas le pylore. Toutefois, MOYNIHAN et WILKIE en ont eu de bons résultats : le premier dans quatorze cas, le second dans six cas.

6°) *La pyloroplastie de FINNEY* avec excision de l'ulcère a donné entre les mains de son auteur 14 % de mauvais résultats.

7°) *Duodenectomie de JUDD.* — L'expérience montre qu'il ne suffit pas de sectionner le sphincter pylorique, mais qu'il faut en enlever les 2/3 antérieurs. On excise donc la face antérieure du bulbe duodénal. Entre les mains de JUDD, la mortalité de cette opération n'était que de 0,43 %. Les bons résultats ont dépassé 90 %. Les 8 % d'insuccès sont dus, non pas à la récurrence de l'ulcère, mais à la formation d'adhérences. Toutefois, cette opération exige un duodénum facilement mobilisable.

8°) *Jéjunostomie.* — Elle rend des services immenses dans les cas inopérables. En effet, grâce à une

alimentation jéjunale exclusive, elle met au repos l'ulcère. BALFOUR a ainsi guéri un ulcus gastro-jéjunal étendu, perforé, adhérent au diaphragme, avec, à gauche, une tumeur inflammatoire, comprenant dans ses adhérences la rate : au bout de six mois, il n'y a eu aucun trouble.

TRAITEMENT RADICAL OU GASTRECTOMIE POUR U. P.

C'est vers lui que tend toute la chirurgie moderne des ulcères en général et des U. P. post-opératoires en particulier, en attendant que l'expérience et les statistiques récentes nous fixent mieux sur les suites post-opératoires éloignées des gastrectomies.

1°) *Résection de l'antré et du pylore.* — Le procédé le plus répandu est celui de PEAN-HABERER. On fait une réunion termino-terminale des tranches gastriques et duodénales. Pour éviter une sténose au niveau de l'anastomose, il faut employer des points séparés et non pas un surjet continu. Dans le procédé HABERER-FINSTERER, on fait une gastro-duodénostomie termino-latérale. La partie supérieure de la tranche gastrique est fermée ; la partie inférieure est anastomosée à la paroi latérale de la deuxième portion duodénale. Cette opération n'est possible que si le duodénum est long, mobile et l'estomac ptosé. La sténose de la bouche est très rare.

2°) *Résections deux tiers et plus !* — Ici, on se sert surtout du procédé HOFMEISTER-FINSTERER (modification du Polya). La ligne de résection gastrique se trouve dans la continuité directe de l'œsophage. La partie supérieure de la tranche gastrique est fermée par un surjet. La portion afférente de l'anse jéjunale est fixée sur la petite courbure et sa portion

efférente sur la grande. L'anastomose ainsi obtenue est très favorable à l'évacuation gastrique. C'est cette opération que mon Maître, M. le Professeur RICHE, a pratiqué chez le malade dont nous avons l'honneur de présenter l'observation. Cette opération a été rendue difficile par les adhérences périgastriques et par la nécessité de libération de l'anse jéjunale dans sa traversée du mésocolon transverse, qui a dû être partiellement réséqué, sans incident d'ailleurs. Cette anse jéjunale anastomotique, portant l'U. P., a été réséquée avec l'estomac. On a fermé le duodénum. Ensuite, une entérorraphie termino-terminale a reconstitué le jéjunum en amont de l'anastomose gastro-jéjunale. Cette enterorraphie a été exécutée au bouton anastomotique, car le segment jéjunal supérieur était très bref, au ras de l'angle duodéno-jéjunal. C'était une opération longue (elle a duré deux heures 45), minutieuse, mais donnant toute satisfaction technique. La gastrectomie a été très large. En effet, la mensuration que LERICHE considère comme le seul vrai moyen d'évaluer l'étendue d'une résection gastrique, indiquait sur la pièce non retractée par le formol, 22 cms. pour la petite courbure et 30 cms pour la grande. C'est plutôt une gastrectomie trois-cinquièmes. Les suites opératoires ont été très bonnes au point de vue digestif.

Il nous reste encore à signaler une opération pour U. P. après G. E. C'est la *gastrectomie en deux temps*. On la fait quand on tombe sur un ulcère très adhérent. Dans un premier temps, après avoir exclu l'ancienne G. E., on en fait une nouvelle sur une anse en aval. Dans un deuxième temps, six semaines plus tard, la portion exclue de l'estomac est réséquée avec la bouche anastomotique.

Mais il n'y a pas qu'après des G. E. qu'on trouve des U. P. On en voit dernièrement, assez souvent même, *après des gastrectomies*. Et cette complication est redoutable, car, comme l'a si bien dit GOSSET, « une résection secondaire atteint les bornes d'opérabilité. » Dans les cas avec extension énorme, la meilleure opération est la jéjunostomie. Dans tous les autres cas, une nouvelle résection est indiquée. JUDINE en a cité une guérison opératoire. Notons, pour terminer, quelques chiffres : La mortalité opératoire globale des gastrectomies pour U. P. est de 11,75 % (10 morts sur 85 opérés).

Statistique FINSTERER : sur 126 opérations pour U. P. PÉAN ou HABERER 16,6 % de morts, 81,8 % de guér., HOFMEISTER-FINSTERER, 6,3 % de morts 93,1 % de guér.

MOYNIHAN a noté 27 guérisons sur 28 gastrectomies pour U. P.

En général, le pronostic de l'U. P. récidivant après gastrectomie est peu satisfaisant : Sur 57 cas de la statistique MAYO, 10 morts, 18 incapables de tout travail, 5 fois on a opéré à trois reprises et 2 fois à quatre reprises.

TRAITEMENT POST-OPÉRATOIRE

A tous les opérés d'U. P. post-opératoire, il convient de faire un traitement médical consistant dans :

- a) Un régime ;
- b) Un traitement antiacide et
- c) Un « traitement des foyers d'infection périphériques : amygdalite, alvéolite dentaire péri-apexienne, sinusites et affections abdominales, telles que l'appendicite chronique et la cholecystite, qui sont si

fréquemment la source de l'infection et des reflexes vagotoniques. » (Georges LÆWY).

TRAITEMENT DES COMPLICATIONS DE L'U. P.

I. — *Ulcère perforé dans le péritoine.* — La suture de la perforation n'est qu'un expédient. Elle expose à la récurrence et peut être suivie de sténose de l'anse jéjunale. (Observations de MOYNIHAN ou de JUDINE). Il en est de même de la résection de l'anse perforée. Par contre, la gastrectomie pratiquée avant le stade de péritonite diffuse, paraît une bonne opération.

II. — *Fistule gastro-jéjuno-colique.* — Ici, la meilleure opération sera la libération de la fistule suivie d'une suppression de la G. E. avec sphincterectomie ou gastro-duodénostomie. Dans les *fistules simples*, la libération de la fistule avec fermeture des orifices est une intervention dont les résultats sont diversement commentés. Dans les *fistules compliquées*, on pourra faire soit des interventions palliatives comme l'exclusion de la fistule par nouvelle G. E. ou entero-anastomose, ou une jéjunostomie et caecotomie ; soit des interventions plus radicales comme la gastrectomie et colectomie en bloc (opération très grave).

CONCLUSIONS

1°) L'ulcère peptique post-opératoire est une complication, pas très fréquente mais très grave, de la chirurgie des ulcères gastro-duodénaux. Il se rencontre surtout après les G. E. et dans la proportion de 1 à 3 %. Mais, dernièrement, le nombre des ulcères peptiques après gastrectomie augmente de jour en jour.

2°) Son étiologie est dominée par les facteurs suivants : le sexe (hommes !), le pays (l'U. P. est très rare dans la région méridionale), la profession (campagnards !), la cause et la nature de l'intervention.

3°) Très complexe au point de vue pathogénique, l'ulcère peptique post-opératoire doit être considéré comme une récurrence de la « maladie ulcéreuse » sur un segment intestinal non adapté à un milieu acido-peptique ou sur un point faible créé opératoirement. Il est engendré par un retour des conditions analogues à celles qui ont présidé à l'apparition de l'ulcus primitif. Les fautes de technique, l'infection, les troubles circulatoires paraissent — actuellement — ne devoir jouer qu'un rôle secondaire.

4°) Le pronostic de l'ulcère peptique post-opératoire est grave, car il a une tendance, une opiniâtreté même à la récurrence. Il est très grave quand l'U. P.

se complique d'une perforation et, surtout, d'une fistule gastro-jéjuno-colique.

5°) Le traitement de l'ulcère peptique post-opératoire doit être avant tout prophylactique, c'est-à-dire qu'on évitera, dans le traitement des ulcères gastroduodénaux, les opérations qui comportent une forte proportion d'U. P. (par exemple la G. E. avec exclusion pylorique, la G. E. en Y, etc.) ; on pratiquera, au contraire, une G. E. postérieure transmésocolique ou de Von HACKER, à bouche large et antrale, ou, de préférence, une gastrectomie ! Le traitement curatif le plus recommandable à l'heure actuelle, consiste dans une gastrectomie très large à la FINSTERER.

BIBLIOGRAPHIE

- ARADIE. — Congrès Français de Chirurgie 1930, p. 343.
- BALFOUR. — Annals of surgery. Août 1926, p. 279.
— Staff Meetings of the Mayo Clin., 20-6-1928.
— Annals of surgery, 1930, p. 260.
- DELORE. — *Lyon Chirurgical* 1925, p. 260.
- FINNEY. — Annals of Surgery, octobre 1930, p. 620.
- FINSTERER. — Beitrag zur Klinischen Chirurgie, t. cxxxvii, 1929, p. 78.
- FORGUE, MOURGUE-MOLINES, Mlle TUROT. — U. P. après G. E. Bull. Soc. des Sc. Médic. et Biolog. de Montpellier, t. VIII, p. 268-274, juin 1927.
- GÉLAS. — Thèse de Lyon, 1921.
- GOUDOU-TAYLOR. — British Journal of Surgery, avril 1929, page 641.
- GOSSET. — Rapport au Congrès Français de Chirurgie 1931, pages 42-52; 55-66; 70-124.
- HABERER. — Archiven fur Klinische Chirurgie 1920, Bd 144, page 127.
— Société de Chirurgie, t. 46, n° 2, 20-1-1920.
— Langenbecks Arch. 101, n° 3, p. 669.
— Zentralblatt fur Chirurgie, 11 janvier 1930.
— Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1930, n° 14.
- HARTGLAS (Lecène). — Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., t. LIV, n° 27, 24 octobre 1928, page 1091.
- JUDD. — S. G. O. juillet 1927.
- JUDINE. — *Lyon Chirurgical*. Décembre 1930, p. 172; 710.
- KEPPICH. — Zentralblatt fur Chirurgie, 29-1-1921, p. 118.
- LERICHE. — Rapport au Congrès Français de Chirurgie 1931, page 137-212.

LÉWY (G.). — Fistules jéjuno-coliques après G. E. Thèse de Paris 1921, p. 9-12; 18-27; 32-34; 28(44); 52-153.

MAYO. — American Journal of Surgery, octobre 1929.

PAUCHET. — Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., t. LI, n° 31; 21-xi-1925.

— VIII^e Congrès Intern. de Chir., Varsovie, juillet 1929.

POLYA. — Zentralblatt für Chirurgie, juin 1920.

RIBAS-RIBAS. — Congr. Intern., Varsovie, juillet 1929.

ROSENOW. — J. A. M. A., t. 61, p. 1847-1850.

SAWITZKY. — Novyi Chirurgiceskyi Archiv.; 8, H. 32, 1925.

SOKOLOV. — Contribution au problème de l'U. P. du jéjunum post-opératoire, d'après 134 cas de chirurgiens russes. Arch. f. Klin., Chir. t. 149, fasc. 2; 7-I-1928, page 234; 263-272.

STARLINGER. — Arch. f. Kin. Chir., t. 162; 4-xi-1930; p. 564.

STIERLIN. — Deutsche Zeitschrift für Chir. 1920; t. 152; p. 366.

WESTHUES. — Zentralblatt f. Chir., 30-v-1931.

WILKIE. — Edinburg. Med. J. 1919.

En ma qualité de Censeur
de Tour, j'ai lu la Thèse ayant
pour titre :

« Contribution à l'étude
de l'ulcère peptique
post-opératoire »

par M. GOLDBERG MEJER

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 13 juillet 1934.

Le Professeur,

RICHE.

Vu :

Montpellier, le 13 juillet 1934.

Le Doyen,

EUZIERE,

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 13 juillet 1934.

Le Recteur,

TAILLIART.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

